

**KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA ZIMOWEGO OBOZU**  
**SPROTOWO – BALETOWEGO**

**I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU**

1. Forma placówki wypoczynku: **Zimowy Obóz Sportowo-Baletowy  
OŚRODEK SZKOLENIOWO – WYPOCZYNKOWY**
2. Adres placówki: **„LIMBA – PORONIN”  
34-520 Poronin  
ul. Kośne Hamry 15A**
3. Czas trwania **17.01 – 24.01.2016**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora wypoczynku)

---

**II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA  
PLACÓWKĘ WYPOCZYNKU**

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia .....
- PESEL** .....
3. Adres zamieszkania .....
- telefon .....
4. Nazwa i adres szkoły .....klasa .....
5. Adres rodziców (opiekunów) w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku:

	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Adres rodziców w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku</b>	<b>Numer kontaktowy</b>
ojciec (opiekun)			
matka (opiekunka)			

6. Zobowiązuję się do uiszczenia kosztów pobytu dziecka w wysokości  
.....zł (słownie .....) )

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

### III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

1. W przypadku wystąpienia drobnych dolegliwości (np. bóle głowy, niestrawność, gorączka, przeziębienie) wyrażam zgodę na podanie przez wychowawców ogólnodostępnych leków.

TAK/NIE\*

**STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM (-EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W CZASIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU.**

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)

\*Właściwe podkreślić

---

### IV. INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI O SZCZEPIENIACH

**lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień**

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec ....., błonica ....., dur .....,

inne .....

.....  
(data)

.....  
(podpis pielęgniarki)

## V. INFORMACJA O DZIECKU WYCHOWAWCY KLASY

(w przypadku braku możliwości uzyskania opinii wychowawcy klasy – wypełnia rodzic lub opiekun)

.....  
(pieczęć szkoły)

.....  
(data)

.....  
(podpis wychowawcy lub rodzica - opiekuna)

---

## VI. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku za odpłatnością w wysokości .....zł słownie .....
2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis )

---

## VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na .....

(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia ..... do dnia ..... 20 .....r.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

**VIII. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU  
W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku)

---

**IX. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY-INSTRUKTORA O DZIECKU  
PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wychowawcy-instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VIII karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....  
(data)

.....  
(podpis rodzica lub opiekuna)